

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

---

Année 1921

THÈSE

N° 372

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

PAR

Guy BRUANT

Né le 22 Septembre 1890 à Meaux  
Ancien Externe des Hôpitaux de Paris  
Interne à l'Hospice départemental de la Seine

---

L'ASSOCIATION DE LA FIÈVRE TYPHOÏDE

ET DE LA

DYSENTERIE BACILLAIRE

(La maladie proportionnée typho-dysentérique)

---

Président : M. JEANSELME, *Professeur*

---

PARIS  
LIBRAIRIE LITTÉRAIRE ET MÉDICALE  
LOUIS ARNETTE  
2, RUE CASIMIR-DELAVIGNE, 2

—  
1921



372



FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

---

Année 1921

**THÈSE**

N°

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

PAR

**Guy BRUANT**

Né le 22 Septembre 1890 à Meaux  
Ancien Externe des Hôpitaux de Paris  
Interne à l'Hospice départemental de la Seine

---

**L'ASSOCIATION DE LA FIÈVRE TYPHOÏDE**

**ET DE LA**

**DYSENTERIE BACILLAIRE**

**(La maladie proportionnée typho-dysentérique)**

---

*Président : M. JEANSELME, Professeur*

---

PARIS  
LIBRAIRIE LITTÉRAIRE ET MÉDICALE  
LOUIS ARNETTE  
2, RUE CASIMIR-DELAVIGNE, 2

1921



# FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

LE DOYEN : M. ROGER

ASSESSEUR : M. POUCHET

## PROFESSEURS

|                                                               |                |
|---------------------------------------------------------------|----------------|
| Anatomie                                                      | MM. NICOLAS.   |
| Anatomie médico-chirurgicale                                  | CUNEO.         |
| Physiologie                                                   | Ch. RICHET.    |
| Physique médicale                                             | André BROCA.   |
| Chimie organique et Chimie générale.                          | DESGREZ.       |
| Bactériologie                                                 | BEZANÇON.      |
| Parasitologie et Histoire naturelle médicale                  | BRUMPT.        |
| Pathologie et Thérapeutique générales                         | Marcel LABBÉ.  |
| Pathologie médicale                                           | RÉNON.         |
| Pathologie chirurgicale                                       | IECÈNE.        |
| Anatomie pathologique                                         | LETULLE.       |
| Histologie                                                    | PRENANT.       |
| Opérations et appareils                                       | DUVAL.         |
| Pharmacologie et matière médicale.                            | POUCHET.       |
| Thérapeutique                                                 | CARNOT.        |
| Hygiène                                                       | BERNARD.       |
| Médecine légale                                               | BALTHAZARD.    |
| Histoire de la médecine et de la chirurgie.                   | MENETRIER.     |
| Pathologie expérimentale et comparée                          | ROGER.         |
| Clinique médicale                                             | ACHARD.        |
|                                                               | WIDAL.         |
|                                                               | GILBERT.       |
|                                                               | CHAUFFARD.     |
|                                                               | MAJAN.         |
| Hygiène et clinique de la première enfance                    | NOBECOURT.     |
| Clinique des maladies des enfants                             | DUPRÉ.         |
| Clinique des maladies mentales et des maladies de l'encéphale | JEANSELME      |
| Clinique des maladies cutanées et syphilitiques.              | P. MARIE.      |
| Clinique des maladies du système nerveux.                     | TEISSIER.      |
| Clinique des maladies contagieuses                            | DELBE.         |
| Clinique chirurgicale                                         | GOSSET.        |
|                                                               | LEJARS.        |
|                                                               | HARTMANN.      |
| Clinique ophtalmologique.                                     | DE LAPERSONNE. |
| Clinique des maladies des voies urinaires                     | LEGUEU.        |
| Clinique d'accouchements.                                     | BAR.           |
|                                                               | COUVELAIRE.    |
| Clinique gynécologique                                        | BRINDEAU.      |
| Clinique chirurgicale infantile                               | J. L. FAURE.   |
| Clinique thérapeutique                                        | Aug. BROCA     |
| Clinique d'Oto-rhino-laryngologie                             | VAGUEZ         |
|                                                               | SEBILLEAU.     |

## Agrégés en exercice

MM.

|             |                |              |              |
|-------------|----------------|--------------|--------------|
| ABRAMI.     | DUVOIR.        | LANGLOIS.    | PHILIBERT.   |
| ALGLAVE.    | FIES-INGER.    | LARDENNOIS.  | RATHERY.     |
| BASSET.     | GARNIER.       | LEMIERRE.    | RETERER.     |
| BAUDOUIN.   | GOUGEROT.      | LEQUEUX.     | RIBIERRE.    |
| BLANCHETIER | GRÉGOIRE.      | LERÉBOULLET. | RICHAUD.     |
| BRANCA.     | GUILLÉMINOT.   | LERI.        | ROUSSY.      |
| CAMUS.      | GUENIOT.       | Le LORIER.   | ROUVIERE.    |
| CHIRAY.     | GUILLAIN.      | LEVY-SOLAL.  | SCHWARTZ, A. |
| CHAMPY.     | HEITZ-BOYER.   | MATHIEU.     | TANON.       |
| CHEVASSU.   | JOYEUX.        | METZGER.     | TERRIEN.     |
| CLERC.      | LABBÉ HENRI.   | MOCQUOT.     | TIFFENEAU.   |
| DESMAREST.  | LAIGNEL-LAVAS- | MULON.       | VILLARET.    |
| DEBRE.      | TINE.          | OKINCZYC.    |              |

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

**Docteur Guy BRUANT**

Ancien Externe des hôpitaux de Paris

Ancien Interne de l'Hospice Départemental  
de la Seine

---

**L'ASSOCIATION DE LA FIÈVRE TYPHOÏDE**  
**ET DE LA**  
**DYSENTERIE BACILLAIRE**

**(La maladie proportionnée typho-dysentérique)**

---

PARIS  
LIBRAIRIE LITTÉRAIRE ET MÉDICALE  
LOUIS ARNETTE  
2, RUE CASIMIR-DELAVIGNE, 2

1931



MEIS ET AMICIS

---



A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

MONSIEUR LE PROFESSEUR JEANSELME

*Avec l'expression de mon profond respect  
et de ma gratitude.*

---

A MES MAITRES DANS LES HOPITAUX

---

MONSIEUR LE DOCTEUR BARIÉ

MONSIEUR LE DOCTEUR PICQUÉ (*In memoriam*)

MONSIEUR LE DOCTEUR LE GENDRE

MONSIEUR LE DOCTEUR MAUCLAIRE

MONSIEUR LE DOCTEUR BOISSARD (*In memoriam*)

MONSIEUR LE PROFESSEUR CHANTEMESSE

(*In memoriam*)

MONSIEUR LE DOCTEUR LAIGNEL-LAVASTINE

MONSIEUR LE DOCTEUR SÉZARY

MONSIEUR LE DOCTEUR HARVIER

MONSIEUR LE DOCTEUR R. BARTHÉLEMY

---

A MONSIEUR LE DOCTEUR MARCEL BLOCH

*Témoignage de respectueuse amitié et de  
reconnaissance.*

---

## CONSIDÉRATIONS GÉNÉRALES ET HISTORIQUE

---

Cette étude n'est plus tout à fait d'actualité, les circonstances ayant heureusement cessé d'être favorables à l'éclosion d'épidémies de typhoïde et de dysenterie comme celles auxquelles nous avons pu assister.

Néanmoins, la fréquence de l'association de la typhoïde et de la dysenterie pendant la guerre, le grand nombre de cas que nous avons pu étudier et qui ont été contrôlés de façon rigoureuse par le laboratoire et les autopsies, leur symptomatologie souvent bien spéciale nous ont incité à résumer certaines de nos observations les plus typiques et à en dégager quelques conclusions intéressantes au point de vue clinique et diagnostic.

D'anciens auteurs déjà avaient noté la possibilité de la combinaison de deux affections différentes réagissant l'une sur l'autre et créant des types cliniques particuliers.

Torti, médecin de Modène au <sup>xvii</sup>e siècle avait appliqué le nom de maladie proportionnée à des cas de fièvre intermittente pénétrée par une fièvre continue.

Beaucoup plus tard, Kelsch et Kiener dans leur traité des maladies des pays chauds écrivent que deux maladies la fièvre typhoïde et la dysenterie par exemple, peuvent simplement se juxtaposer chez un même malade et évoluer parallèlement sans se gêner : « chaque composante conserve alors sa physionomie propre et reste indépendante dans sa marche et ses symptômes de sa congénère. » Au lieu de juxtaposition il peut y avoir mélange intime, intrication des symptômes, les deux maladies exerçant l'une sur l'autre une action réciproque qui se traduit par des modifications importantes dans la symptomatologie, l'évolution et la durée des deux affections en sorte que le diagnostic complet peut présenter les plus grandes difficultés en raison de l'apparition de syndromes cliniques complexes, parfois étranges, à analyse très délicate.

C'est seulement à cette dernière catégorie de cas où il y a intrication des deux affections que Kelsch et Kiener reprenant l'ancienne dénomination de Torti donnent le nom de maladie proportionnée. Ils citent comme exemple l'épidémie de typhoïde et de dysenterie décrite par Colson et survenue en 1853 parmi des condamnés débarqués à l'Ilet la Mère en face de Cayenne et celle observée en 1847 à Taïti par Ehrel.

Kelsch et Kiener avec un sens clinique remarquable en se basant sur la seule observation des malades et sans connaître la toxine dysentérique avaient noté les particularités intéressantes de cette symbiose typho-dysentérique. D'autre part, ils avaient observé que la dysen-

terie introduit dans la maladie proportionnée un sérieux élément de gravité ainsi qu'en témoigne la proportion considérable des décès (50 p. 100 dans l'épidémie d'Ilet la Mère.

Quelques années avant la guerre, Remlinger et Job ont publié dans la *Revue de Médecine* des observations d'association typho-dysentérique partiellement contrôlée au point de vue bactériologique.

Dans les trois premières observations de Remlinger, il y a juxtaposition des deux affections. Dans la quatrième observation, la pénétration existe mais est incomplète, enfin dans les 5<sup>e</sup> et 6<sup>e</sup> observations il résulte de leur association un type clinique nouveau constituant la véritable maladie proportionnée. Remlinger insiste sur la difficulté du diagnostic et sur la gravité du pronostic de l'association.

On peut regretter l'absence dans les observations précédentes de la recherche du bacille dysentérique dans les selles : nous verrons en effet au cours de notre étude que cette vérification bactériologique est nécessaire car les lésions dothiésentériques du gros intestin dans certaines épidémies sont plus fréquentes qu'on ne le croit communément et donnent des syndromes dysentériorformes.

Les observations de Job au nombre de quatre concernent des cas d'association du paratyphus B. et de dysenterie bacillaire.

Ici encore l'évolution clinique semble bien montrer qu'il s'agit de l'association typho-dysentérique. Cepen-

dant la preuve absolue n'a pas été faite, le bacille dysentérique n'ayant pas été recherché et isolé dans les selles.

Le 10 février 1916, à la réunion médicale de la III<sup>e</sup> armée, le Docteur Marcel Bloch fit un excellent rapport détaillé sur l'association de la fièvre typhoïde et de la dysenterie bacillaire survenue au cours des épidémies de typhoïde, de paratyphoïde et de dysenterie qui sévirent sur le front nord-est à la fin de 1914 et pendant l'année 1915. C'est en grande partie sur les documents que M. Marcel Bloch a bien voulu nous fournir que nous avons pu étayer cette étude.

Remlinger en juin 1916 consacre dans *Paris Médical*, un article aux maladies proportionnées en général. Il propose d'ailleurs d'abandonner ce terme pour celui de maladie mixte ou encore de maladie métisse ou hybride. D'après lui les conditions optima pour que soit réalisé au maximum le complexe de la maladie sont les suivantes :

1<sup>o</sup> les deux maladies doivent affecter les mêmes organes ou tout au moins le même système ;

2<sup>o</sup> le début des deux affections doit être concomitant ;

3<sup>o</sup> les symptomatologies des deux affections doivent être différentes l'une de l'autre.

4<sup>o</sup> les signes des deux maladies ne doivent pas dominer ceux de la seconde au point de les étouffer.

En octobre 1916, dans *Paris Médical*, Remlinger, étudiant la presse médicale allemande note la fréquence dans l'armée austro-hongroise du sud de l'association de la typhoïde et de la dysenterie.

Les associations suivantes auraient d'ailleurs été observées au cours de la guerre en Allemagne.

Dysenterie et typhoïde — Dysenterie et choléra — Typhoïde et choléra — Choléra et fièvre récurrente — Typhoïde et fièvre récurrente — Typhus exanthématique et fièvre récurrente — Méningite cérébrospinale et fièvre récurrente — Méningite cérébrospinale et choléra.

Galambos a vu 41 fois la dysenterie survenir chez des convalescents de typhoïde (21 décès), 15 fois la typhoïde se déclarer chez des convalescents de dysenterie (7 décès) et 9 fois les 2 maladies débiter simultanément et s'associer intimement (8 décès).

Enfin, le médecin principal Dopter, insiste dans un article paru dans *Journal Médical Français*, en 1919, sur la fréquence au cours de la guerre de la combinaison des deux affections : typhoïde et dysenterie.

---

## **CIRCONSTANCES DE LA MALADIE PROPOR- TIONNÉE (Typhoïde-Dysenterie)**

---

**I TYPHOÏDE.** — Chacun a souvenir de la terrible épidémie de typhoïde et de paratyphoïde qui éclata dans l'armée française pendant la guerre : elle avait déjà acquis un grand développement en octobre-novembre 1914 ; elle dura pendant toute l'année 1915-1916, puis s'atténua progressivement pour disparaître presque complètement à la fin de 1917.

**II DYSENTERIE.** — C'est à la fin de l'automne 1914 alors que l'épidémie typhoïdique battait son plein qu'apparurent des cas de dysenterie nettement caractérisés succédant semble-t-il à des cas nombreux de diarrhée bénigne quoique déjà souvent sanglante (Diarrhée des tranchées du début). L'intensité de cette épidémie semble avoir été maxima sur le front nord-est.

Il résulte des études bactériologiques faites par Remlinger et Dumas que les germes le plus souvent rencontrés furent le bacille de Hiss, puis le bacille de Shiga ;

à une époque plus tardive, MM. Lebœuf et Braun constatèrent maintes fois la présence du Flexner. Plus tard enfin, le Shiga parut prédominant (Hébert et Marcel Bloch). La dysenterie dans la région où nous avons pu l'étudier fut très répandue et cliniquement grave à la fin du printemps 1915; elle s'atténua progressivement au point de vue épidémique et disparut dans l'hiver 1915-1916. Mais en réalité elle subsista en Argonne pendant toute la guerre à l'état endémique.

Au point de vue clinique toutes les formes furent observées. Les formes bénignes se sont caractérisées par des douleurs sur le trajet des côlons avec peu ou pas de fièvre, par une diarrhée muqueuse avec grumeaux translucides comme du frai de grenouille ou bien opaque comme du blanc d'œuf ou bien encore muco-sanglante ayant l'aspect de crachats pneumoniques jus d'abricot ou de crachats striés de sang remplaçant les matières fécales absentes, par un ténesme infructueux, des épreintes incessantes, parfois de la dysurie. Cet état rétro-cédait rapidement en général sous l'influence du traitement.

Il faut rapprocher de ces formes bénignes des formes frustes simulant une diarrhée d'apparence banale, non muqueuse ou accompagnée de glaires très discrètes avec peu ou pas de ténesme. Nombre de diarrhées des tranchées ainsi que nous le disions plus haut (le fait a d'ailleurs été démontré bactériologiquement et sérologiquement par MM. Dopfer, Dumas, Sacquepée, Remlinger) ont été de nature dysentérique. Une forme plus sérieuse

était caractérisée par plus de 50 selles par 24 heures avec ténisme et épreintes accusées, vomissements, faiblesse, amaigrissement. Les formes graves, non exceptionnelles donnaient naissance à des selles incoercibles avec anus béant laissant échapper de véritables lavures de chair ou une sanie noirâtre d'allure gangréneuse, à de vives douleurs, à une fièvre élevée ou au contraire, à de l'algidité avec facies grippé, nez pincé, prostration, pouls filant, cyanose, langue sèche et rotie, anurie.

Dans un certain nombre de cas, la dysenterie a évolué avec une rapidité foudroyante : des signes toxiques apparaissaient secondairement constituant un véritable syndrome secondaire de la dysenterie maligne emportant le malade avec des signes d'insuffisance cardio-hépatorenale et surrénale et évoquant une toxicité analogue à celle de la diphtérie.

Parfois le syndrome d'insuffisance surrénale aigu fut si prononcé qu'on put croire au début à l'existence d'un choléra « forme choléroïde ». A côté des formes que nous venons de passer en revue il faut citer toute une série de formes anormales : des formes à début insidieux et traînant, des formes prolongées donnant naissance à une cachexie progressive, des formes associées à la dysenterie amibienne.

Enfin, du fait de l'association avec la typhoïde ou les paratyphoïdes résultèrent des formes tout à fait spéciales, ce sont les typho-dysenteries qui constituent l'objet de cette étude.

## Etude clinique de l'association typho-dysentérique.

---

### GROUPEMENT DES OBSERVATIONS

#### A. 1<sup>er</sup> GROUPE DE CAS

*La fièvre typhoïde éclate chez un dysentérique en pleine évolution. Les signes dysentériques prédominent au début.*

Dans cette modalité assez fréquente, ce sont les signes d'ordre dysentérique qui ouvrent la marche, dysenterie d'emblée sérieuse en général avec quinze à trente selles muqueuses et glaireuses par 24 heures, épreintes, ténesme et crampes. Au bout de 8 à 20 jours, aux signes précédents se superposent le typhos, la fièvre, les épistaxis, la splénomégalie, etc... Les examens de laboratoire, qui avaient montré l'existence de bacilles dysentériques dans les selles, ou de séro-agglutination dysentérique positive dans le sérum, révèlent à ce moment par l'hémoculture un bacille du groupe éberthiens dans le sang.

Les observations suivantes montrent que le pronostic est grave : la guérison est survenue dans un certain nombre de cas, mais 50 % environ se sont terminés par la mort permettant la vérification anatomique et bactériologique de l'association des lésions typhoïdo-dysentériques.

**Obs. I.** — P... Jean, âgé de 33 ans; au début de juillet 1915, diarrhée violente avec épreintes, ténésme, glaires et sang. Au commencement d'août 1915 le malade entre à l'hôpital avec tous les signes d'une typhoïde grave. Il meurt le 24 août dans le coma, malgré un traitement sérothérapique énergique ayant d'ailleurs entraîné une diminution notable du nombre des selles.

Hémoculture : Para B.

Séro-diagnostic : Shiga : léger; Flexner : fort; Hiss : fort.

*Autopsie* : Plaques de Peyer et follicules clos infiltrés et ulcérés .

Côlon : muqueuse hémorragique.

Anse sigmoïde : piqueté nécrotique; ulcérations superficielles. Dans un ganglion mésentérique un bacille dysentérique du type Flexner.

**Obs. II.** — C... Auguste, âgé de 31 ans.

Dysenterie en juillet 1915. Typhoïde en août 1915 avec selles muqueuses, puis muco-sanglantes. Mort le 27 août dans l'adynamie.

Hémoculture : Para B.

Séro-diagnostic : Shiga : 0; Flexner : fort; Hiss : 0.

Autopsie : Plaques de Peyer ulcérées.

Lésions massives de toute la muqueuse colique grisâtre, granuleuse; au niveau de l'anse sigmoïde et du rectum sous-muqueuse à nu. Ulcérations profondes disséminées.

Obs. III. — C... Jean, 27 ans. Vers fin août, dysenterie. Au début de septembre : signes de typhoïde grave. Au cours de la défervescence, hémorragies intestinales, adynamie, mort.

Hémoculture : Para B.

Séro-diagnostic : Shiga : 0; Flexner : léger; Hiss : fort.

Autopsie : Lésions classiques des plaques de Peyer.

Ulcérations profondes et nécrotiques du côlon descendant.

Ces cas d'association à début dysentérique ne furent pas toujours aussi graves. Parfois la typhoïde apparue secondairement évolua vers la guérison malgré la diarrhée intense et quelquefois sanglante qui persista pendant la période fébrile et quelquefois même après la défervescence.

Voici 2 cas terminés par la guérison où l'association cliniquement nette fut prouvée par l'hémoculture et le séro-diagnostic dysentérique positif.

Obs. IV. — L... Pierre; le 10 juillet 1915, coliques, nausées, puis diarrhée progressive.

Le 14 juillet, 10 selles muco-sanglantes avec épreintes et ténésme.

Séro-diagnostic : Shiga : 0; Flexner : intense; Hiss : intense.

Le 30 juillet, fièvre, taches rosées.

Hémoculture : Para B.

Guérison.

**Obs. V.** — P... René, 17 ans; en juillet 1915, diarrhée muco-sanglante; en août : fièvre typhoïde classique.

Hémoculture positive.

Séro-diagnostic dysentérique : Shiga : 0; Flexner : fort; Hiss : fort. Guérison.

#### B. DEUXIÈME GROUPE DE CAS.

*La typhoïde et la dysenterie semblent éclore et évoluer simultanément.*

Les signes des deux affections sont d'emblée mélangés. Ce sont les cas d'association clinique la plus intime et où le diagnostic est déjà plus difficile. En effet :

1° Tantôt l'évolution simule entièrement une typhoïde classique, il existe comme signes anormaux : une diarrhée profuse jaune verdâtre ou du météorisme douloureux, ou au contraire de la rétraction du ventre ou de la prostration intense avec adynamie, pouls filant, etc... mais tous ces signes peuvent exister dans les fièvres typhoïdes graves communes.

**Obs. VI.** — F... Henri. Vers le 10 août 1915, céphalée, vomissements, tous les signes classiques d'une typhoïde. Météorisme douloureux. Diarrhée verte abondante.

Hémoculture : Eberth. Autopsie : Plaques de Peyer ulcérées.  
Bile : Eberth. Côlon : congestion et œdème généralisé. Rectite  
Ganglions mésentériques : bacilles type Flexner.

**Obs. VII.** — J... Joseph, 24 ans. Vers le 15 octobre 1915, tous les signes d'une typhoïde classique avec diarrhée profuse et fétide qui ne cesse pas jusqu'à la mort au trentième jour.

Séro-diagnostic dysentérique : Shiga : 0; Flexner : léger; Hiss : 0.

Autopsie : Plaques de Peyer infiltrées et ulcérées. Bile : Para B  
Côlon hémorragique criblé d'ulcérations. Anse sigmoïde et rectum : nécrose massive de la muqueuse.

2<sup>o</sup> Tantôt l'évolution est au contraire tout à fait atypique et irrégulière. Les deux maladies semblent se déformer mutuellement. La température est irrégulière et de même l'état général et l'état intestinal subissent des oscillations.

**Obs. VIII.** — B... Paul, 43 ans. Vers le 15 août 1915, diarrhée modérée avec anorexie et céphalée (20 selles par 24 heures). Le 25 août, taches rosées mais température irrégulière. Au début de septembre, l'asthénie se prononce; les yeux sont excavés, la voix cassée; il y a incontinence des urines et des matières. Vers le 5 septembre : Purpura, déshydratation, cachexie, escharres, coma.

Hémoculture : Para B.

Séro-diagnostic dysentérique : Shiga : 0; Flexner : fort; Hiss : léger.

Autopsie : Plaques de Peyer classiques.

Gros intestin criblé d'ulcérations à fond nécrotique.

Rectum noirâtre, tomenteux, végétant.

**Obs. IX.** — H... Armand, 25 ans. Fièvre typhoïde à forme asthénique, diarrhée jaunâtre. Oscillations thermiques irrégulières pendant deux mois.

Hypothermie terminale.

Séro-diagnostic dysentérique : Shiga : 0; Flexner : fort; Hiss : fort.

Autopsie : Plaques de Peyer ulcérées. Côlon épaissi, congestionné, présentant de vastes ulcérations.

#### C. TROISIÈME GROUPE DE CAS.

*Les signes typhoïdiques prédominent au début.*

La typhoïde commence par évoluer normalement mais les accidents dysentériques apparaissent :

Soit au cours de la période d'état;

Soit au cours de la défervescence;

Soit au cours de la convalescence.

1<sup>o</sup> Les accidents dysentériques interrompent brusquement l'évolution typhoïdique :

a) soit par aggravation du tufphos et de l'état général.

**Obs. X.** — A... Marie, 40 ans. Vers le 24 décembre 1915, céphalée, anorexie, diarrhée, vomissements. L'évolution de la typhoïde semble d'abord régulière, puis brusquement l'état géné-

ral devient mauvais, le tymphos s'exagère; le pouls devient mou et filant. Décès le 18 janvier 1916.

Hémoculture : Para A.

*Autopsie* : parois du gros intestin : Bacille dysentérique type Flexner.

b) soit par hypothermie subite.

**Obs. XI.** — Ch... Albert 23 ans. Typhoïde grave au début de juillet 1915: Le 9 juillet chute brusque de température de 3° 5; la diarrhée s'arrête.

Le malade meurt le 17 juillet avec la température invraisemblable de 33° 8.

Hémoculture : Para A.

Dans les selles : un bacille dysentérique du type Shiga.

*Autopsie* : Plaques de Peyer infiltrées. Ulcérations multiples et plaques de sphacèle du gros intestin. Nécrose intense de la muqueuse rectale.

L'allure clinique a simulé dans ce cas une perforation, (le malade fut d'ailleurs conduit au chirurgien qui refusa d'intervenir en raison de l'état général) une hémorragie ou le collapsus cardiaque;

2° Au lieu d'être aussi brusque l'abaissement thermique peut être progressif mais il ne doit pas être confondu avec une défervescence normale. Car il est prématuré et, au lieu de s'accompagner d'une amélioration de l'état général, il coïncide avec des phénomènes de dépression et d'asthénie et une exagération des phénomènes intestinaux.

**Obs. XII.** — M... Jean, 37 ans, entre dans le service avec une température de 40° qui s'abaisse progressivement mais apparaissent des vomissements, de l'embryocardie, de la rétraction du ventre; l'état général qui avait commencé à s'améliorer redevient grave. Le malade meurt en pleine défervescence.

Séro-diagnostic dysentérique : Shiga : 0; Flexner : fort; Hiss : fort.

Autopsie : Plaques de Peyer et follicules clos typiques.

Côlon : Multiples et énormes ulcérations sur l'anse descendante et le rectum.

3° L'aggravation se produit à l'époque de la défervescence normale. Ce fait est d'une extrême fréquence et, dans un très grand nombre des observations, au moment où on croit à une amélioration définitive, apparaissent des phénomènes graves.

**Obs. XIII.** — R... Jean, 20 ans. Typhoïde classique avec défervescence thermique et urinaire qui s'achève normalement au dix-huitième jour. Bon état général, mais brusquement oscillations thermiques, amaigrissement; 3 à 5 selles par 24 heures. Au trentième jour, hypothermie, cyanose, coma.

Hémoculture : Para A.

Autopsie : Plaques de Peyer classiques.

Bile : Para A. Gros intestin : muqueuse lie de vin.

Ganglions mésentérique : Bacilles du type Shiga.

**Obs. XIV.** — L... Emile, 27 ans. Paratyphoïde classique. Hémoculture : Para A.

Défervescence au quinzième jour puis réascension avec diarrhée bilieuse.

Séro-diagnostic dysentérique : Shiga : 0; Flexner : fort, Hiss : fort.

Guérison après injection de sérum.

4° La dysenterie apparaît en pleine convalescence de la typhoïde.

**Obs. XV.** — C... Jean. Typhoïde classique débutant vers le 20 juin, forme prolongée. Défervescence irrégulière au trentième jour puis début de convalescence avec amélioration de tous les symptômes; mais vers le quarantième jour, ascension brusque de la température, diarrhée, hémorragies intestinales, adynamie et mort.

Hémoculture : Para B. Selles : un bacille type Flexner.

*Autopsie* : Plaques de Peyer en voie de cicatrisation. Côlon : nombreuses ulcérations circulaires à pic. Rectum : vaste escharre gangréneuse,

Dans beaucoup d'observations, soit que les accidents dysentériques éclatent pendant la convalescence ou au cours de la défervescence, soit qu'ils apparaissent au cours de la typhoïde, on pourrait être tenté d'incriminer une inoculation dysentérique chez un typhoïdique. Mais quand on étudie soigneusement les antécédents on trouve souvent que dans les semaines ou les mois qui ont précédé l'état typhoïde, le malade a présenté soit de la diarrhée tenace, soit une entérite pour le moins sus-

pecte, soit une dysenterie caractérisée : nous avons d'ailleurs produit des observations où la typhoïde apparaît en pleine infection dysentérique. Il faudrait donc plutôt admettre que dans la majorité des cas le malade était infecté de dysenterie parfois plus ou moins latente au moment où il contracte la typhoïde. Au début et à la période d'état, les phénomènes dysentériques sont masqués et dissimulés mais ils reprennent et en général avec gravité, soit à la fin de la période d'état, soit pendant la défervescence, soit pendant la convalescence.

## **SYNTHÈSE CLINIQUE. DIAGNOSTIC POSITIF**

Quels sont donc les signes qui permettent de soupçonner l'association des deux infections ?

*Pour la typhoïde*, il est rare qu'il y ait des difficultés. C'est à elle qu'on pense toujours d'emblée en présence d'une température élevée. Un seul cas peut être embarrassant c'est celui des dysenteries confirmées avec température élevée et prostration constituant la « forme typhoïde de la dysenterie » des classiques. Un bon élément de diagnostic sera constitué par l'apparition de taches rosées qu'on ne voit jamais dans la dysenterie pure.

Une autre difficulté est soulevée aussi dans les cas à température irrégulière et prolongée. L'hémoculture devra souvent confirmer le diagnostic.

Pour la dysenterie le diagnostic clinique est parfois très délicat. Deux cas sont à considérer :

1<sup>o</sup> *Il y a des phénomènes intestinaux anormaux* : selles muqueuses ou muco-sanglantes, ténésme, épreintes.

C'est le cas où on évite facilement l'erreur de passer chez un typhoïdique à côté d'une dysenterie associée.

Mais ces caractères typiques des selles peuvent manquer totalement même dans des cas où les lésions recto-coliques sont considérables.

La diarrhée peut être intense mais d'aspect banal, bilieuse, ocreuse ou verdâtre, il faut alors regarder attentivement les selles chaque jour pour y découvrir quelques grumeaux translucides comme des grains de tapioca ou au contraire du mucus concrété comme du blanc d'œuf.

Enfin, la diarrhée peut manquer soit aux périodes graves par paresse intestinale, soit même chez de véritables typho-dysentériques constipés. L'attention peut être d'autre part attirée par des douleurs localisées sur le trajet du côlon.

Quelquefois, c'est un météorisme douloureux qui met en éveil; le plus souvent, c'est une rétraction abdominale de l'abdomen que rien n'explique dans l'évolution de la typhoïde. Les muscles abdominaux sont rétractés, mais non contracturés comme dans les péritonites.

2<sup>o</sup> *Il n'y a pas de signes intestinaux.* — C'est alors toute une catégorie de signes généraux qui doivent mettre en éveil.

Ce sont surtout des signes de dépression que n'explique pas l'évolution de la typhoïde, qui s'accroissent progressivement et qui consistent en asthénie considérable, immobilité parfois entrecoupée d'agitation, pouls petit et lent ou accéléré; contrastant avec ces signes d'aggravation toxique, la courbe thermique s'abaisse soit en lysis régulier, soit brusquement.

Dans les cas plus graves, le tableau est encore plus frappant, car la typhoïde sans perforation ni hémorragie ne peut expliquer la déshydratation, la sécheresse des téguments, l'émaciation extrême, le facies angoissé, les yeux excavés.

Il existe souvent de l'algidité, de la cyanose, des crampes, une sensation de brisure générale. La voix est cassée ou éteinte. La langue prend souvent un aspect spécial : à l'état saburral ou fuligineux de la période typhoïdique succède un dépouillement total et un état rouge vernissé qui s'étend à la muqueuse du voile et de la gorge.

L'oligurie s'accompagne souvent d'albuminurie.

Les vomissements bilieux ou porracés manquent rarement dans les cas graves, ils peuvent devenir incoercibles.

Le hoquet est un phénomène qui nous a paru assez spécial à l'intoxication dysentérique en dehors de toute péritonite; il peut être intense et très durable.

On a signalé des phénomènes vaso-moteurs du type de la raie blanche surrénale.

Enfin, au déclin ou dans la convalescence d'une typhoïde, des phénomènes d'apparence banale tels que crises diarrhéiques, instabilité du pouls, défaillance myo-

cardique, peuvent être les seules manifestations du réveil de la dysenterie et céder au traitement spécifique.

Tels sont les signes généraux et locaux qui souvent font soupçonner la toxi-infection dysentérique associée à la typhoïde.

---

## DIAGNOSTIC DIFFÉRENTIEL

---

La symptomatologie que nous venons d'exposer fait prévoir les nombreuses difficultés du diagnostic auxquelles on peut se heurter.

Lorsque les accidents sont bénins, si les selles sont simplement muco-membraneuses, le diagnostic peut être délicat à faire avec l'entérocolite banale si fréquente au décours de la typhoïde

Dans un certain nombre de cas d'association typho-dysentérique il ne faut pas attribuer à la typhoïde des symptômes qui peuvent apparaître pendant l'évolution ou au déclin d'une dothiéntérie banale tel que diarrhée profuse, vomissements répétés, asthénie, défaillance du myocarde.

Bensaude et Antoine ont décrit des colites et rectocolites graves non dysentériques caractérisées par des hémorragies et des évacuations puriformes. Ce syndrome peut s'accompagner de signes généraux sérieux, d'amaigrissement, de fièvre, de vomissements, d'asthénie marquée. Ces colites sont rares et pratiquement il y aura rarement lieu d'y songer.

Rathery a étudié en 1916 plusieurs types de colites survenues au cours de paratyphoïdes, il distingue une colite muco-membraneuse et une colite dysentérique qui ne pourra être différenciée d'une dysenterie vraie que par les examens du laboratoire.

Il faudra penser aux colites dues au développement de parasites tels que lamblia, balantidium coli, trichomonas, cercomonas, spirilles, etc... aux colites causées par une auto-intoxication ou une hétéro-intoxication, aux colites des néoplasmes et de la syphilis.

En cas d'accidents graves et subits, il faudra éliminer une hémorragie intestinale, une perforation intestinale, une insuffisance surrénale aiguë chez un typhique, le choléra en cas d'algidité, d'hypotension et de vomissements incoercibles.

La forme typhoïde de la dysenterie bacillaire pure sera parfois d'autant plus difficile à distinguer de la maladie proportionnée que dans cette forme les symptômes recto-coliques sont masqués par l'état général, la fièvre, le tufos. Mais en réalité l'affection la plus susceptible de simuler une dysenterie au cours d'un état éberthien, c'est le colotyphus ou para colotyphus. Nous verrons en étudiant l'anatomie pathologique que la difficulté peut subsister jusque sur la table d'autopsie.

Le colotyphus est une affection rare. Bertier n'en relève dans la littérature médicale que 63 observations indiscutables.

Le colotyphus peut naître d'emblée; il peut apparaître au cours d'une typhoïde normale à son début et qui

s'aggrave; il peut apparaître au cours de la convalescence simulant une rechute.

A la période d'état, lorsque l'affection est constituée, elle donne parfois naissance à une triade dont les éléments sont les suivants :

La diarrhée constituée par des selles nombreuses, grisâtres, fétides, non accompagnées de ténesme, d'abord volontaires, puis involontaires, puis inconscientes.

Le météorisme en forme de fer à cheval, répondant au cadre colique :

La douleur étendue, persistante, à siège nettement colique. Les signes généraux sont ceux d'une typhoïde maligne.

Mercier et Bourdillon concluent de leurs études sur le colotyphus qu'il n'y a pas de signe pathognomonique de cette affection.

On voit d'après ce qui précède qu'il peut être cliniquement très ardu de différencier la complication dysentérique du colotyphus. A la vérité, les selles muco sanglantes, le ténesme ne se montrent pas dans le colotyphus; mais nous avons vu d'autre part que ces signes peuvent faire défaut au cours de l'évolution d'une dysenterie apparaissant chez un typhique. D'où la nécessité de recourir pour asseoir le diagnostic, aux examens de laboratoire.

---

## ANATOMIE PATHOLOGIQUE

---

83 de ces cas d'association typho-dysentérique ont pu être vérifiés à l'autopsie. Les cadavres sont en général dans un état d'émaciation extrême. Le foie et les reins présentent l'aspect toxi-infectieux à un degré très marqué.

Sur l'intestin on constate l'association de deux ordres de lésions :

1° sur l'intestin grêle, les lésions lymphoïdes caractéristiques de la typhoïde;

2° sur le gros intestin, les lésions muqueuses caractéristiques de la dysenterie siégeant au maximum au niveau du rectum et présentant deux types :

a) le type diffus avec œdème de la muqueuse et suffusions hémorragiques ou colite diffuse massive hypertrophique ou nécrotique.

b) le type à lésions circonscrites consistant en ulcérations de toutes tailles, entamant la muqueuse sans la décoller et ne devant pas être confondues avec les lésions typhiques du côlon; ces dernières siègent au maximum sur le cæcum et le côlon ascendant; leurs bords sont dé-

collés; il ne s'agit dans ces cas que d'une propagation banale, au cours d'un processus typhique intense d'infiltration et d'ulcération, au système lymphoïde du gros intestin.

Les lésions dysentériques, au contraire, n'ont aucun rapport direct avec le système lymphoïde.

*Histologiquement* : on constate la même différence d'origine, lymphoïde des lésions typhiques et muqueuse primitive des lésions dysentériques.

---

## RECHERCHES DE LABORATOIRE

---

Elles sont capitales. Tous les signes cliniques et anatomiques précédemment étudiés ont besoin d'être corroborés par le critérium absolu qui consiste dans la détermination simultanée dans l'organisme des germes typhiques et dysentériques.

Cette détermination a été faite par MM. Lebœuf et Braun pour nos cas. Nous n'insisterons pas sur la recherche des bacilles typhiques qui est en général facile, grâce aux procédés perfectionnés d'hémoculture et d'identification.

Pour le bacille dysentérique deux procédés d'inégale valeur peuvent mettre son rôle en relief :

1<sup>o</sup> L'isolement du bacille dysentérique soit dans les selles, soit dans les ganglions mésentériques ou la paroi même de l'intestin lésé après autopsie constitue une preuve absolue de l'existence du processus dysentérique ;

2<sup>o</sup> La constatation chez le malade d'un séro-diagnostic dysentérique positif constitue un signe de probabilité.

On sait que celui-ci, pour avoir quelque valeur, doit être positif à un taux assez élevé au moins au 1/100 pour le Shiga, au 1/200 ou au 1/300 pour le bacille de Flexner

## **PRONOSTIC**

Il est généralement favorable quand les deux maladies se succèdent à un certain intervalle.

Il est grave quand l'intrication est véritable et quand les deux maladies évoluent simultanément.

La mortalité semble être de 50 %, fait déjà observé par Kelsch et Kiéner, Colson, Remlinger.

Cette mortalité n'est pas due à une plus grande fréquence des complications locales que dans la typhoïde pure. Par contre, l'aggravation semble provenir de l'intoxication dysentérique surajoutée.

On sait, depuis les recherches de Besredka, que l'endotoxine dysentérique est la plus active des endotoxines et cette constatation confirme bien les observations cliniques qui montrent que dans les cas graves d'association typho-dysentérique, il y a un véritable effondrement organique généralisé qui ne peut être mieux comparé qu'à l'intoxication diphtérique grave.

## **TRAITEMENT**

Il doit être précoce. En cas de doute, on s'efforcera de contrôler rapidement le diagnostic par les moyens de laboratoire. Mais même sans attendre les examens bactériologiques, en période d'épidémie dysentérique, chez un

typhoïdique suspect de par l'intensité des signes intestinaux et de par les signes d'intoxication générale, on pratiquera la sérothérapie antidysentérique. Celle-ci répond à deux indications :

1° agir directement sur les lésions coliques et provoquer leur cicatrisation ;

2° neutraliser la toxine dysentérique pouvant être en circulation.

C'est dire que, dès l'instant qu'on s'est arrêté à ce mode de traitement il ne faut pas craindre les doses assez considérables de sérum. La dose moyenne de 40 cc. sous-cutanée paraît un minimum, il faut la répéter au moins 3 jours de suite.

Il est évident qu'on fera en même temps le traitement classique de la fièvre typhoïde ; en particulier on se tiendra prêt à intervenir par le moyen de cardio-sthéniques sur la défaillance myocardique.

---



## CONCLUSIONS

---

1° Pendant la dernière guerre, nous avons pu observer sur le front nord-est un grand nombre de cas d'association de la fièvre typhoïde et de la dysenterie bacillaire correspondant aux descriptions déjà anciennes des maladies proportionnées de Torti, de Kelsch et Kiéner.

2° Cette association s'est produite au moment du maximum de l'épidémie de dysenterie bacillaire; elle a disparu dans les dernières années de la guerre quand la dysenterie a elle-même à peu près complètement disparu en tant que maladie épidémique.

3° Trois circonstances morbides peuvent se produire :

a) La typhoïde éclate chez un dysentérique déjà en évolution;

b) La typhoïde et la dysenterie semblent éclore et évoluer simultanément.

c) La dysenterie n'apparaît qu'au cours de l'évolution de la typhoïde ou pendant la défervescence, ou même en pleine convalescence.

4° Au point de vue clinique, les signes de la typhoïde sont classiques; il s'y surajoute les phénomènes intestinaux typiques de la dysenterie bacillaire : selles muco-sanglantes, épreintes, ténésme, etc... Mais, d'autres fois, et ce sont les cas les plus difficiles, les véritables cas de

maladie proportionnée où les signes sont déformés, l'attention n'est attirée que par l'exagération de la douleur colique, la rétraction des muscles abdominaux et surtout les signes d'intoxication : asthénie, hypotension, accélération du pouls, hypothermie, déshydratation, facies angoissé, crampes, voix éteinte, cyanose. On peut voir aussi des vomissements bilieux, un hoquet persistant, une hypothermie brusque simulant une perforation ou une hémorragie intestinale.

5° Le diagnostic clinique doit être corroboré par la constatation du bacille dysentérique dans les selles ou, en cas d'autopsie, au niveau des lésions.

Simultanément l'hémoculture est positive dans la typhoïde.

Ces épreuves tranchent un diagnostic quelquefois difficile même anatomiquement avec le colotyphus.

6° Le pronostic est souvent grave du fait de l'intoxication dysentérique surajoutée.

7° Dès que le diagnostic est posé, ou même en cas de présomption, dans les périodes d'épidémie, la sérothérapie antidysentérique s'impose.

---

Vu :

*Le Doyen,*

H. ROGER.

Vu :

*Le président de la thèse,*

JEANSELME.

Vu et permis d'imprimer :

*Le Recteur de l'Académie*

*de Paris,*

APPELL.

## BIBLIOGRAPHIE

---

**Torti.** — *Therapeutica specialis ad febres quasdam perniciosas Leodii*, 1721. Tomus secundus, Liber quintus, Caput I, p. 247-265 et Caput III, p. 285-308.

**Kelsch et Kiener.** — *Traité des maladies des pays chauds*, 1889, Livre I, p. 78.

**Remlinger.** — Sur l'association de la fièvre typhoïde et de la dysenterie, (*Revue de médecine*, 1913).

**Job** (médecin-major). — Dysenterie bacillaire et infections a paratyphus B (*Revue de médecine* 1913).

**Remlinger.** — Maladies mixtes hybrides ou métisses (maladies proportionnées de Torti) en médecine d'armée (*Paris-Médical* 10 juin 1916).

**Bloch (Marcel).** — Des associations de la fièvre typhoïde et de la dysenterie bacillaire (*Rapport à la réunion médicale de la III<sup>e</sup> Armée*, 10 février 1916).

**Remlinger.** — A travers les journaux médicaux allemands. Bactériologie et maladies infectieuses (*Paris-Médical*, 14 octobre 1916).

**Dopter** (médecin principal). — *Paris-Médical*, août 1919.

La diarrhée dite des tranchées (*Revue d'hygiène et de police sanitaire*, t. XXXVIII, n° 5, mai 1915, p. 490-498).

- Remlinger et Dumas.** — Etude bactériologique de la dysenterie de l'Argonne (*Annales de l'Institut Pasteur*, t. XXIX, octobre 1915, n° 10, p. 498. )
- Oppenheim.** — Syndrome d'insuffisance surrénale au cours de la dysenterie bacillaire (*Société médicale des hôpitaux*, décembre 1915).
- Rathery.** — Colites ulcéreuses et proliférantes paratyphoïdiques (*Paris-Médical*, 15 juillet 1916).
- Bensaude et Antoine.** — Colites et rectocolites graves non dysentériques (*Gazette des hôpitaux*, 28 février 1920).
- Bertier.** — *Gazette des hôpitaux*, 1905. Revue Générale : le Colotyphus.
- Laveran.** — Contribution à l'étude des lésions du gros intestin dans la fièvre typhoïde (*Bulletin de la Société médicale des hôpitaux*, 1893, p. 588).
- Bourdillon.** — Un cas de colotyphus (*Revue de médecine*, mars 1901).
- Mercier.** — Etude sur la fièvre typhoïde avec lésions prédominantes du gros intestin (*Thèse de Paris*, 1888).
-







